

Ewa Rowińska-ZakrzewskaEmerytowany Profesor
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Gruźlica i HIV na świecie, w Europie i w Polsce

Tuberculosis and HIV in the world, in Europe and in Poland

Praca nie była finansowana

Pneumonol. Alergol. Pol. 2013; 81: 499–501

Ryzyko choroby u osób zakażonych prątkiem gruźlicy nie przekracza na ogół, w ciągu całego życia, 10% i jest 21–34 razy wyższe przy współistnieniu zakażenia HIV (*human immunodeficiency virus*) [1, 2].

Częste występowanie gruźlicy u osób zakażonych HIV wiąże się z występującą w tej chorobie immunosupresją. Przebieg gruźlicy u osób zakażonych HIV zależy od stopnia nasilenia zaburzeń immunologicznych, których miarę stanowi liczba limfocytów CD4 we krwi obwodowej. Jeśli jest ona zmniejszona w małym stopniu, to gruźlica przebiega podobnie jak u osób niezakażonych [2]. U takich chorych zmiany dotyczą najczęściej płuc, lokalizując się w górnych płatach, często występują jamy. U chorych z liczbą limfocytów CD4 niższą niż 200 w 1 mm³, zmiany lokalizują się w środkowych i dolnych częściach płuc, mają charakter rozsiany, rzadko występują jamy. Częstsze jest występowanie zmian pozapłucnych [2, 3]. Postępująca gruźlica pogarsza również i przyspiesza przebieg zakażenia HIV.

Począwszy od 1980 roku epidemia HIV spowodowała w wielu krajach, a szczególnie w niektórych rejonach Afryki, wzrost liczby przypadków i liczby zgonów z powodu gruźlicy. Taką sytuację epidemiologiczną obserwowano do 2004 roku [4]. Poprawa nastąpiła po wprowadzeniu leków antyretrowirusowych. W Stanach Zjed-

noczonych, w latach 1992–2005, wprowadzenie leków antyretrowirusowych zmniejszyło odsetek zakażonych HIV wśród chorych na gruźlicę z 60% do 22%, a zgonów z powodu gruźlicy przed rozpoczęciem leczenia przeciwprątkowego lub wkrótce po jego wprowadzeniu — z 42% do 18% [5].

Wprowadzenie leków antyretrowirusowych wiąże się z ryzykiem wystąpienia powikłań w postaci zespołów rekonstrukcji immunologicznej. Zespoły te zależą od nagłego zmniejszenia stopnia wiremii i związanej z tym szybkiej odbudowy układu immunologicznego, z przewagą limfocytów zdolnych do gwałtownego reagowania z obecnymi w ustroju antygenami. Klinicznie manifestuje się to znacznym pogorszeniem istniejącej i już leczonej gruźlicy (paradoksalny zespół rekonstrukcji immunologicznej) lub ujawnieniem się gruźlicy, która istniała w formie utajonej (jawny zespół rekonstrukcji immunologicznej) [2, 6].

Dodatkowym problemem u chorych ze współistniejącą gruźlicą i HIV, jest występowanie interakcji pomiędzy lekami antyretrowirusowymi a lekami przeciwprątkowymi, szczególnie ryfampicyną [2, 6].

Niezależnie od opisanych trudności, metaanaliza dotycząca globalnej sytuacji na świecie, wykazała, że leczenie antyretrowirusowe osób zakażonych HIV zmniejsza o około 65% ryzyko zachorowania na gruźlicę, niezależnie od stopnia immunosupresji [4].

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Ewa Rowińska-Zakrzewska, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, tel.: 22 431 21 54, e-mail: monika.szturniewicz@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.09.2013 r.
Copyright © 2013 PTChP
ISSN 0867–7077

Biorąc pod uwagę związek pomiędzy występowaniem gruźlicy i zakażeniem wirusem HIV, a także wpływ gruźlicy na przebieg HIV, Światowa Organizacja Zdrowia ustaliła wytyczne zmierzające do poprawy istniejącej sytuacji [7].

Wytyczne zalecają ścisłą współpracę pomiędzy narodowymi programami dotyczącymi zwalczania gruźlicy i HIV/AIDS. Polega ona na intensywnym wykrywaniu jawnej i utajonej gruźlicy u osób zakażonych HIV i na leczeniu przeciwpłatkowym osób z gruźlicą jawną oraz na stosowaniu chemioprophylaktyki w gruźlicy utajonej [7].

Z drugiej strony, wszystkie osoby chore na gruźlicę powinny mieć wykonany test na obecność zakażenia HIV. Dodatni wynik tego testu obliguje do równoczesnego leczenia przeciwpłatkowego i antyretrowirusowego w przeznaczonych do tego ośrodkach. Szczególnie ważne jest, u chorych na gruźlicę zakażonych HIV, zapewnienie odpowiedniej izolacji. Mogą oni bowiem, wskutek istniejącej immunosupresji, zarazić się dodatkowo innym typem prątka, w tym również szczepem wielolekoopornym. Pomimo sformułowania wyżej wymienionych zaleceń już w 2004 roku, wprowadzenie ich w życie jest nadal niewystarczające [7].

Aktualnie na świecie zaledwie u 40% chorych na gruźlicę wykonywany jest test na obecność zakażenia HIV. Ponadto większość osób testowanych pochodzi z Afryki. W Europie informacje o wykonanym teście HIV u chorych na gruźlicę dotyczą tylko 16 na 21 objętych sprawozdaniem krajów [8–11]. W tej grupie test był wykonywany w 54% przypadków, a zakażenie HIV stwierdzono średnio u 5% chorych. Najwięcej przypadków współistnienia obu zakażeń stwierdzono na Ukrainie (18,5%) i w Estonii (15,5%). W Rosji zakażonych HIV było 5,3% chorych na gruźlicę a w Czechach — 2,6%. W pięciu krajach europejskich objętych sprawozdaniem, w tym w Polsce, nie podano liczby chorych na gruźlicę, u których wykonano test na obecność HIV a tylko stwierdzoną liczbę przypadków zakażenia HIV u chorych na gruźlicę.

Nie wiadomo więc, ilu chorych na gruźlicę w Polsce ma wykonywany test na obecność zakażenia HIV. Liczba wykrytych zakażeń HIV była jednak w tej grupie bardzo niska i wynosiła w latach 2008–2012 od 24 do 35 przypadków rocznie, co stanowiło od 0,3% do 0,4% wszystkich przypadków gruźlicy wykrytych w ciągu roku i tylko 0,4% do 0,6% przypadków gruźlicy potwierdzonej bakteriologicznie [13–17].

Częstość ta odbiega w tak dużym stopniu od średnich dla Europy, a nawet od stwierdzanych u naszych bezpośrednich sąsiadów, że można przypuszczać, iż wiele przypadków pozostaje nierozpoznanych. Wiadomo bowiem (na podstawie analizy danych z Europy), że im częściej wykonuje się test na zakażenie HIV u chorych na gruźlicę, tym więcej znajduje się przypadków współistnienia obu chorób [9]. W Polsce wykonywanie testu na zakażenie HIV u chorych na gruźlicę, nie jest obligatoryjne, wydaje się jednak, że podjęcie akcji informacyjnej dla chorych i zapewnienie ich o poufności wyników, mogłoby poprawić sytuację [18].

Wydaje się również, że u osób zakażonych HIV i/lub chorych na AIDS, gruźlica nie jest rozpoznawana odpowiednio często. Wynika to z danych cytowanych przez Łucejko i wsp. w pracy opublikowanej w aktualnym numerze „Pneumonologii i Alergologii Polskiej” [19]. Autorzy ci stwierdzają, że gruźlicę rozpoznaje się u 2,2–3% chorych zakażonych wirusem HIV. W ich własnym materiale gruźlicę współistniejącą z HIV/AIDS stwierdzono natomiast w 10% przypadków [19]. Wydaje się więc, że współpraca pionierów zajmujących się gruźlicą oraz HIV/AIDS w Polsce pozostawia jeszcze dużo do życzenia. W tym aspekcie, szczególna wartość prezentowanej pracy polega na zwróceniu uwagi środowisk zajmujących się gruźlicą i HIV/AIDS w Polsce na wagę tego zagadnienia.

Konflikt interesów

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo:

1. WHO Global tuberculosis control 2011.
2. Gray J.M., Cohn D.L. Tuberculosis and HIV coinfection. *Semin. Respir. Crit. Care Med.* 2013; 34: 32–43.
3. Olczak A., Grąbczewska E., Kozieliwicz D., Gorzelak B. Gruźlica w grupie pacjentów zakażonych HIV. *Przegl. Epidemiol.* 2008; 62: 63–69.
4. Global Tuberculosis Report 2012, WHO.
5. Harris T.G., Li J., Hanna D.B., Munsiff S. Changing sociodemographic and clinical characteristics of tuberculosis among HIV-infected patients, New York City 1992–2005. *Clin. Infect. Dis.* 2010; 50: 1524–1531.
6. Zalecenia PTChP dotyczące rozpoznawania, leczenia i zapobiegania gruźlicy. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2013; 81: 324–379.
7. Pontali E., Particci M.B., Matteelli A., Baldelli F., Migliori G.B. Tuberculosis and HIV co-infection: do we have a surveillance system in Europe? *Eur. Respir. J.* 2011; 38: 1258–1260.
8. Castro K.G. Tuberculosis surveillance: data for decision making. *Clin. Infect. Dis.* 2007; 44: 1268–1270.
9. Falzon D., Ait-Belghiti F. What is tuberculosis surveillance in the European Union telling us? *Clin. Infect. Dis.* 2007; 44: 1261–1267.
10. Kruijshaar M.E., Pimpin L., Abubakar I. i wsp. The burden of TB-HIV in the EU: how much do we know? A surveillance practices and results. *Eur. Respir. J.* 2011; 38: 1374–1381.

11. Pimpin L., Drumright L.N., Kruijshaar M.E. i wsp. Tuberculosis and HIV co-infection in European Union and European Economic Area countries. *Eur. Respir. J.* 2011; 38: 1382–1392.
12. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2013. WHO ECDC 2013. www.ecdc.europa.eu.
13. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce 2008. (red.). Korzeniewska-Koseła M. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc 2009.
14. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce 2009. (red.). Korzeniewska-Koseła M. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc 2010.
15. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce 2010. (red.). Korzeniewska-Koseła M. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc 2011.
16. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce 2011. (red.). Korzeniewska-Koseła M. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc 2012.
17. Gruźlica i Choroby Układu Oddechowego w Polsce 2012. (red.). Korzeniewska-Koseła M. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc 2013.
18. Roy A., Anaraki S., Hardelid P. i wsp. Universal HIV testing in London tuberculosis clinics, a cluster randomized controlled trial. *Eur. Respir. J.* 2013; 41: 627–634.
19. Łucejko M., Grzeszczuk A., Rogalska M., Flisiak R. Zachorowania na gruźlicę i mykobakteriozy wśród zakażonych HIV — analiza kliniczno-epidemiologiczna pacjentów z rejonu północno-wschodniego Polski. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2013; 81: 502–510.